

VERANO DE ALEGRÍA



PROGRAMMA RECREATIVO

PRESENTADO POR EL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE HAYWARD YOUTH AND FAMILY SERVICES
BUREAU EN CONSORCIO CON OTRAS ORGANIZACIONES DE LA COMMUNIDAD

GRATIS! PARA JOVENES DE
HAYWARD ENTRANDO
A LOS GRADOS 2-8

CUANDO?

MARTES, MIERCOLES, Y JUEVES

(GRADOS 2-5): 9-10:30 AM
(GRADOS 6-8): 11-12:30 PM

QUE?

CON ACTIVIDADES
CENTRADAS EN

DIVERSION
SALUD Y BIENESTAR
SOCIAL/EMOCIONAL
Y
CREAR COMMUNIDAD

DONDE?

BIRCHFIELD PARK
HAYWARD, CA

(SITUADO EN LA ESQUINA DE
SANTA CLARA Y ELMHURST)

DOS SESIONES DISPONIBLES:

SESION #1 - 6/22-7/15/21
SESION #2: 7/27-8/19/21

ESPACIO LIMITADO!!!

REGISTRESE HOY COMPLETANDO LA
APPLICACION Y REGRESANDOLA:

summerprogram@hayward-ca.gov

o en persona:

YFSB - Summer

300 W. Winton Ave. Hayward

(510)293-7048





SOLICITUD Y EXENCION



Sesión preferida (escoja UNO):

Sesión #1:
6/22-7/15/21

Sesión #2:
7/27 – 8/19/21

No Preferencia

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ IDIOMA PRIMARIO: _____

Nacimiento: _____ escuela: _____ grado: _____

dirección: _____

ciudad: _____ código postal: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR 1: _____ EMAIL: _____

TELÉFONO PRIMARIO: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR 2: _____ EMAIL: _____

TELÉFONO PRIMARIO: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

RECOGER Y LIBERAR

Indique cómo desea que liberemos a su hijo/a al final de cada sesión.

Quienes pueden recoger a su hijo/a:

nombre	relación	Teléfono
nombre	relación	Teléfono
nombre	relación	Teléfono

A mi hijo se le permite caminar solo a casa

Otros (Por favor describa)

INFORMACIÓN de SALUD

Alergias (por favor apunte cualquier/ todas las alergias que el participante ha experimentado. Apunte N/A si no tiene alergias) Estas alergias necesitan Epi-pen? _____

Medicamentos (por favor enumere, incluyendo el uso de un inhalador. Escriba N/A si no es aplicable.)

Cualquier problema mental, físico o médico especial (Escriba N/A si no es aplicable.)

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Debe ser alguien que no sea padre / tutor):

_____ E-MAIL: _____

TELÉFONO PRIMARIO: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

RENUNCIA A RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA PARTICIPAR

He leído y acepto la renuncia de responsabilidad y permiso para participar Si No

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo/a participe en las actividades que ofrece el Programa Recreativo de Diversión de Verano de YFSB. No conozco ningún trastorno físico que pueda impedir que mi hijo/a o dependiente que participe en este programa. Renuncio a cualquier reclamación de responsabilidad contra, y acepto mantener indemne a la Oficina de Servicios a la Juventud y la Familia, del Departamento de Policía de Hayward o a la Ciudad de Hayward, y a cualquier otro oficial, agente y/o empleado de la misma de cualquier reclamo de lesiones al participante que surja de cualquier manera relacionado con cualquier clase o actividad ofrecida por el Programa Recreativo de Diversión de Verano de YFSB. Además, si dicho participante debe lesionarse mientras participa en un programa, autorizo el transporte a cualquier médico o cirujano con licencia en el estado de California para realizar tratamientos quirúrgicos o de emergencia, que, a su juicio, pueden ser necesarios. Entiendo que YFSB lleva a cabo evaluaciones para evaluar la calidad de los programas. Doy permiso para que mi hijo forme parte de esta evaluación del programa. También entiendo que la información recopilada sobre mi hijo se mantendrá confidencial y que sólo las personas relacionadas con el Programa Recreativo de Diversión de Verano de YFSB tendrán acceso a esta información.

PERMISO PARA USAR IMÁGENES DE PARTICIPANTES Si No

También doy permiso para cualquier fotografía, video, audio de película o escritura de dicho participante, obtenida durante las actividades normales del programa de verano, para ser utilizado en materiales informativos para el programa incluyendo las redes sociales.

PERMISO PARA PROPORCIONAR EL TRATAMIENTO NECESARIO O ATENCIÓN DE EMERGENCIA

He leído y acepto el permiso para proporcionar el tratamiento necesario o atención de emergencia Si No

Doy permiso al personal médico seleccionado por YFSB, incluyendo, entre otros, entrenadores, voluntarios y personal para proporcionar transporte y toda la atención médica y dental necesaria para el niño/a mencionado anteriormente. Doy permiso a los proveedores de atención médica seleccionados por YFSB para asegurar y administrar todos los tratamientos necesarios, incluida la hospitalización, para el niño/a. Este cuidado puede administrarse bajo las condiciones necesarias para preservar la vida, las extremidades o el bienestar del niño/a.

POLÍTICA DE ASISTENCIA

He leído y entendido la siguiente política de asistencia Si No

Es muy importante que su hijo asista a todas las sesiones posibles. Si un participante está ausente 3 o más veces, es posible que se le pida a su hijo/a que abandone el programa. Los jóvenes no pueden asistir a una sola sesión por semana, ya que no recibirán todos los beneficios del programa. Por favor, registre a su hijo/a para una sesión que pueda asistir constantemente.

POLÍTICA DE COMPORTAMIENTO RESPETUOSO

He leído y entendido la siguiente política de comportamiento Si No

Se espera que los participantes se comporten de manera respetuosa durante las actividades programadas del día. A los jóvenes que continuamente tienen comportamiento de una manera que impide que el resto del grupo experimente los beneficios del programa se les puede pedir que se vayan por el resto de la sesión. Un niño/a que se involucre en comportamientos que amenace la salud o el bienestar de otros participantes, administradores, personal o voluntarios será liberado del programa por el resto de la temporada. El Programa Recreativo de Diversión de Verano de YFSB, su personal y sus administradores reservan el derecho de eliminar de la participación a cualquier niño/a que por cualquier motivo no se ajuste a la misión y objetivos de la organización.

Al firmar abajo estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma _____ Fecha _____